A Health and Community Services Plan for New Brunswick

LEGISLATIVE LIBRARY
BIBLIOTHEQUE DE L'ASSEMBLÉE LÉGISLATIVE

MAR 3 0 1992

FREDERICTON, N.B.

New Brunswick

Health and Community Services

A Health And Community Services Plan For New Brunswick

Managing Health and Community Services for the Well-being of New Brunswickers

INTRODUCTIONS

Nothing is more fundamental to New Brunswickers than health care.
Speech from the Throne - February, 1992

Canada is at the cross-roads of change. Major economic, social and demographic forces are demanding that all provinces re-evaluate the way they manage and deliver services - including health and community services.

The Government of New Brunswick has accepted the challenge of change and is working to ensure the wellbeing of all its residents while keeping within its means.

CHANGE FACTORS

There are many conditions or "change factors" which are influencing and will continue to influence the way we manage and deliver health and community services in New Brunswick. Social, technological and financial realities are influencing our approach to providing and paying for services.

Social Realities

- The people of New Brunswick want to more actively participate in the decision-making processes associated with matters of concern to them.
- The public is demanding greater accountability and openness in Government.
- The public is demanding an ever increasing level of quality health and community services.
- There is a heightened awareness among New Brunswickers of the need to maintain healthy lifestyles. Individuals are taking a more active role in achieving their personal wellbeing and the wellbeing of their communities.
- The dramatic increase of women in the labour force and the shift away from traditional family forms may lead to heightened pressures and stresses resulting in reduced participation, on the part of women, in the non-paid, volunteer sector and an increased demand for services.
- The proportion of New Brunswickers 65 years of age and over will increase steadily. By 2021, it is estimated that over 20 percent of New Brunswickers will be 65 or older. The aging of the population will affect the services required from the system.

Technological Growth

- Technology has revolutionized the way we live and work. We are in an age of dramatic technological growth in health care, and the rate of growth is accelerating. Our ability to detect, diagnose and treat illness is constantly advancing.

- However, there is an assumption in our society that most problems are solvable with the assistance of technology and the intervention of the appropriate professionals. The "mystique of technology" can lull us into believing that more technology necessarily means better health care. There is no correlation between what is spent on health care and the health of the people.

Financial Realities

- Health care costs are exceeding our capacity to pay. Choices have to be made.

- Indeed, the costs to New Brunswickers of health and community services are rising, while the rate of growth in provincial revenues is slowing.

    - **Hospital Costs:** Since 1982-83 the costs of providing hospital care has increased by a dramatic 81.3 per cent - from $279.6 million in 1982-83 to $506.9 million in 1990-1991. (excluding psychiatric hospitals)(Chart1)

    - **Medicare Costs:** New Brunswick's Medicare bill - most of which relates to physician services - climbed to $177.2 million in 1990-91 - a far cry from the $94.9 Medicare bill in 1982-83. This represents an 86.7 per cent increase. (Chart 2)

    - **Prescription Drug Program Costs:** Since 1982-83 costs in the Prescription Drug Program have grown substantially from $24.2 million in 1982-83 to $59.4 million in 1990-91. (Chart 3). This represents a 146 per cent increase.

Last year (1990-91), with expenditures of $1083.6 million including Mental Health Commission expenditures, the government spent well over one-quarter of the entire budget on health and community services. (29 per cent of the budget).

- Federal funding is decreasing - and will continue to decrease - as a proportion of our revenue. (Chart4).

- The ability of the government to pay for health and community services by increasing taxes is limited. New Brunswickers have demanded a hold on tax increases.

Other issues/factors will become even more relevant in the future, such as:

- an increased awareness of the interrelationships between environmental conditions and health and well-being;

- increased demands on the part of health and community care professionals and paraprofessionals for greater autonomy and power in the system. Better planning of health and community care resources will be required in order to ensure quality service while minimizing an unnecessary and costly over-professionalization of the system.

What Has Been Done

In December, 1988, the government established the Commission on Selected Health Care Programs. The commission, commonly known as the McKelvey-Levesque Commission, examined funding of the Province's hospital, Medicare and Prescription Drug programs. It also suggested better ways of using our resources and recommended ways to improve efficiency and cost-effectiveness without compromising the quality of service of these programs.

Although our health care system is one of the best in the country, the McKelvey-Levesque Commission pointed to some of its key shortcomings. Included among them was the clear message that the system was spending large amounts of money - with no guarantee of health improvements. The commission observed that:

- the open-endedness of the Medicare and Prescription Drug Programs has meant that government has had little control over total expenditures;
- the number of physicians billing Medicare has increased at a faster rate of growth than has the population, and new physicians have an unlimited opportunity to enter the system and supply services;
- physicians tend to err on the side of excess service provision in response to high public and patient expectations;
- increased Medicare use per person in all age groups;
- New Brunswickers are high users of in-patient hospital facilities - significantly higher than the national average;
- New Brunswick exceeds the national average of hospital beds per thousand population.

It has become clear through the commission's report and in the intervening period of time, that if inefficiencies in the system are not addressed, the integrity of the system will be compromised. We must manage the system more efficiently.

McKelvey-Levesque made a number of recommendations to:

- improve the organization and administration of the health care system;
- improve and expand New Brunswick's non-institutional health care services;
- eliminate the over-utilization of hospital facilities, physician services and the Prescription Drug program;
- reduce the cost of drugs;
- improve the organization and operation of hospitals;
- reduce the costs associated with Medicare (physician services);
- improve cooperation and relations with other jurisdictions;
- focus on health promotion and education.

The government has acted positively with respect to many of these recommendations and has made significant advances in improving the planning, administration and cost-effectiveness of various programs related to:

- Hospital and Institutional Services
- Prescription Drug Program
- Medicare and Physician Resource Management
- Family and Community Services

Indeed, much has been done over the past few decades to increase the health and wellbeing of New Brunswickers. However, much more needs to be done. The time has come to reform the health and community care system so that our resources are invested appropriately, to ensure the system remains viable and strong for our children.

Studies have shown that in the developed countries, increased expenditures on health care do not produce significant increases in health status. To be serious about improving health means more effective management of health and community services.

We must shift our health care spending. We must reallocate the funds we have to see improvement in the health and wellbeing of all New Brunswickers.

If our health system is to thrive and improve, it must better serve the changing needs of the citizens of New Brunswick, and to do so more economically and efficiently.

New Brunswick is not alone in seeking innovative methods to ensure the wellbeing of its residents. Other provinces - Ontario, Quebec, Newfoundland, Nova Scotia, Alberta, and British Columbia, to name a few - have focused on similar issues and challenges and have established commissions to examine health care and health care costs. They, too, are striving to make their systems more efficient and effective.

We are not alone in meeting the challenge of change. Neither are we alone in our solutions. Many of the initiatives outlined in this document are either in place or currently being considered in other jurisdictions in the country.

Focus On Change - New Directions

Our present system with all of its facilities has evolved over several decades. As a consequence, the solutions created to solve yesterday's problems, now incorporated into our system, may be ineffective to address today's issues and environment. New tools - new directions - are required.

To keep our system viable in a changing environment, the Government has developed a comprehensive plan to refocus and revitalize our health and community care system.

Clearly, we are not in a position to develop and build an entirely new health and community services system. We are, however, in a position to refocus our efforts and build a more innovative and balanced approach to health and community services in New Brunswick.

Successful change can only be achieved when we are clear about our "vision" and approach to health and community services.

New Brunswick's Vision of Health

Based on a recommendation of the McKelvey-Levesque Commission, the government developed a policy framework, contained in the document "Toward a Comprehensive Health Strategy". In that document, government defined its vision, principles and goals in developing a comprehensive health strategy.

The New Brunswick Government's vision of health is one in which people will live longer in good health with fewer illnesses and disabilities, empowered to realize their full potential, through a safe non-violent environment with adequate income housing, food and education; with a valued role to play in family, work and community, and with access to appropriate health and community services.

This vision of health is one in which citizens, service providers and the government collaborate, with shared responsibility, to achieve better health for all.

In concert with this vision, the Department of Health and Community Services articulates its mission as follows:

> ***To work with New Brunswickers in achieving well-being by promoting self-sufficiency and personal responsibility [and] by providing approved services as required.***

Refocusing: A Comprehensive Plan For Change

The Government of New Brunswick is committed to finding ways to better manage the health and community services system in New Brunswick, while ensuring access to quality care.

A comprehensive, functional plan based on the vision of health and community services outlined above, and which recognizes the impact of external forces has been developed.

The comprehensive plan encompasses many structural and program adjustments - it outlines which programs the government will provide, fund and monitor through the Department of Health and Community Services.

Implementation Phases

The comprehensive plan will be implemented in two phases:

Phase I: Phase I involves the reorganization of the health and community service system in order to achieve a better balance in service delivery.

Phase II: Phase II will require further analysis and evaluation of the system. Activities under Phase II will include a continuing effort to enhance the effectiveness of the hospital system, the development of a long-term care strategy - including an interpretation of how our nursing home system fits in that strategy - and an examination of the roles of health care personnel.

Principles

Several key principles guided the development of the plan.

- Self-sufficiency or personal responsibility for one's well-being
- Appropriateness
- Quality
- Effectiveness
- Functionality and efficiency
- System co-ordination
- System simplification
- Selectivity
- Equity
- Regionalization

These principles emphasize the challenges we face and the tenets upon which changes are based. They ensure that New Brunswickers will receive, on an equitable basis, a high quality service through better management and planning. The principles reflect the reality that health and community services are a shared responsibility. Indeed, partnerships and self-sufficiency become the overriding principles on which the plan is based.

A Balanced Approach

Society's definitions of health and health care have changed dramatically. Increasingly, the care of one's health is becoming recognized as a life-long process, rather than an event precipitated by sudden illness or injury. As a consequence of such change, health is being seen more as a continuum from wellness to illness.

Continuum of Care

Wellness_____Illness

Health Promotion/ Protection	Illness Prevention	Community Care	Acute Care	Chronic Care

The comprehensive plan was developed with this continuum in mind. It is clear we need to focus more of our energies on health promotion and disease prevention.

Acknowledging the "continuum of care" model and recognizing that any change made to one part of the continuum will have an impact upon another, decisions associated with the comprehensive plan were assessed in relation to their impact on the other elements along the continuum. For example, the impact of a decision relating to acute care was assessed in terms of its impact on the chronic care and community care systems, while acknowledging provincial planning and regional management.

Keeping this continuum in mind, major decisions and comprehensive changes were made in the following areas:

- consistent regional planning
- the hospital services sector
- ambulance services
- the prescription drug program
- medicare
- public health services
- family and community services
- health and community service human resources

The Hospital Services Sector

Hospital Boards

Currently, there are 51 hospital boards/management committees in hospitals and health service centres across the province. In order to strengthen regional management, enhance administrative capabilities and maximize available resources, existing boards and management committees in hospitals and health service centres will be replaced with eight regional boards, each governed by a Board of Trustees.

New Board:	***Replaces Boards At:***
Region 1 **Hospital Corporation (English)** (Southeast)	Moncton Hospital Sackville Memorial Hospital Albert County Hospital Inc. Petitcodiac Health Centre Health Services Centre, Rexton
Region 1 **Hospital Corporation (French)** (Beausejour)	Dr. Georges L. Dumont Hospital Hôpital Stella Maris de Kent Regional Medical Centre Shediac
Region 2 **Hospital Corporation** (Fundy)	Saint John Regional Hospital St. Joseph's Hospital Sussex Health Centre Charlotte County Hospital, St. Stephen Deer Island Health Centre Fundy Hospital Association Ltd., Black's Harbour Grand Manan Hospital Limited Campobello Health Centre *Centracare Saint John Inc.

*to be added after one year

New Board:	*Replaces Boards At:*
Region 3 Hospital Corporation (Central)	Dr. Everett Chalmers Hospital Oromocto Public Hospital Queens North Hospital Harvey Community Hospital Forest Hill Rehabilitation Centre, Fredericton MacLean Memorial Hospital Ltd. Health Services Centre, Fredericton Junction Health Services Centre, Stanley Chipman Health Services Centre The Carleton Memorial Hospital, Woodstock Hôtel-Dieu de Saint Joseph, Perth Northern Carleton Hospital Tobique Valley Hospital Inc., Plaster Rock Upper Miramichi Health Centre (Doaktown component)
Region 4 Hospital Corporation (Northwest)	Edmundston Regional Hospital Grand Falls General Hospital Inc. Hôtel-Dieu de St-Joseph, St. Quentin Ste. Anne de Madawaska Health Centre
Region 5 Hospital Corporation (Restigouche)	Campbellton Regional Hospital Saint Joseph Hospital, Dalhousie Jacquet River Health Centre East Restigouche Community Health Care Centre *Restigouche Hospital Centre Inc., Campbellton
Region 6 Hospital Corporation (Chaleur)	Chaleur Regional Hospital, Bathurst Hôpital de l'Enfant -Jesus, Caraquet Hôpital de Tracadie Hôpital de Lamèque Centre de Santé de Pointe Verte Centre de Santé-Paquetville
Region 7 Hospital Corporation (Miramichi)	Miramichi Hospital, Newcastle Hotel-Dieu Hospital, Chatham Neguac Health Centre Baie Ste. Anne Health Centre Upper Miramichi Health Centre (Blackville component) Rogersville Health Centre

* to be added after one year

Roles of Boards of Trustees

The eight Boards of Trustees will have regional responsibilities for:

- organizing resources;
- establishing organizational structures to deliver all approved programs;
- planning, budgeting, managing and reporting on hospital expenditures and other financial issues;
- overseeing the medical credentialling process and approving hospital privileges for physicians within their respective regions on the recommendation of boards' medical advisory committees;
- ensuring all resources in the facilities are utilized effectively and efficiently;
- ensuring that approved hospital services are delivered following federal and provincial quality and efficiency standards;
- planning and distributing services as established through the Hospital System Master Plan;
- dealing with all day-to-day operational issues in relation to patient-care needs, as well as all issues regarding how, when, and where to deliver services to accommodate those needs;
- establishing the necessary hospital policies and procedures which facilitate the delivery of approved services;
- ensuring, on behalf of the government, that all entrusted buildings, equipment and land are used for the purposes for which they were received, and are well maintained;
- maintaining on-going working relationships with other related care or service providers, government, and the public they serve.

Composition of Regions' Boards

Each region's hospital corporation will have an interim Board of Trustees consisting of 12 to 16 members, appointed initially by the Minister. Board membership will be distributed by population, with representation from both the region's urban and rural areas. Board members will serve a maximum of two years, after which the permanent Board structure will be phased-in.

The permanent regional boards will also have a minimum of 12 and a maximum of 16 members. Three or four board members will be appointed by the Minister; two or three will be appointed by the Board; and the remaining members will be selected or appointed in accordance with the region's hospital's by-laws that are approved by the Minister. In each region, the Chief Executive Officer of the Region's Hospital Corporation and the President of the medical staff will be non-voting members of the Board. Initially, the Chair will be selected by the Minister.

Hospitals/Community Health Centre

A review of the range and level of services offered within each of New Brunswick hospitals, as well as utilization patterns, have led to modifications in the role and function of a number of hospitals. These changes will redefine which services will be delivered and where, while maintaining an appropriate level of service to clients.

* A number of hospitals will be converted to day hospitals/health service centres providing a 12-hour day service coverage.

Although the changed roles of these hospitals will mean some bed closures, a broad range of outpatient services will be maintained in the affected facilities.

Moreover, in order to ensure the residents in effected communities receive access to quality care, the modified hospitals will offer all or most of the following services:

- emergency services through an emergency department;
- nursing care;
- basic radiology and laboratory services;
- electrocardiograms;
- respiratory therapy;
- physiotherapy;
- occupational therapy;
- nutrition counselling;
- scheduled outpatient clinics;
- referral services to acute care hospitals.
- space for public health services, Extra-mural Hospital, and mobile mental health units;

In addition, where there is adequate capacity in a facility, physician office space will be available.

* Community Health Centre: In keeping with the commitment of the government to ensure New Brunswickers have equitable access to quality health and community services and in keeping with the recommendation of the Premier's Council on Health Strategy, a community health centre pilot project will be tested in the province.

Community health centres have been established in other jurisdictions in Canada as alternatives to conventional service delivery methods.

New Brunswick's community health centre will be staffed by a multidisciplinary team of health professionals and paraprofessionals who will provide primary care services to its clients.

Although one or more physicians will be on staff, the community health centre will rely heavily on other health professionals (e.g., nurses, rehabilitation professionals, etc.) to provide a variety of services.

* A number of hospitals will have reductions in their approved bed capacity. This reduction will bring the province closer to its goal of 5.0 hospital beds per 1,000 population. The number of beds being closed as a result of this plan will be about 230. This is in addition to the approximately 140 beds that have been removed over the past few years or for which there are existing agreements for closure. The overall reduction in the number of hospital beds in the province - about 370 is significantly lower than the more than 800 suggested by the McKelvey-Levesque Commission.

The current provincial bed ratio is 5.4 beds per 1,000 population. In 1990, the Minister of Health and Community Services stated his intention to reduce the target to 5.0. This plan results in a bed to population ratio of 5.1 per 1,000, thereby virtually achieving the established goal.

* Other hospitals will be asked to develop plans and outline strategies to better use facilities and manage approved services more efficiently and effectively. A particular focus will be on the elimination of unnecessary duplication of services.

Efficient and Effective Management of Hospitals

The consolidation of hospital and health service centre boards in New Brunswick on a regional basis is an effective technique for the management and delivery of services. In concert with that initiative, more precise operational guidelines, including staffing and technology guidelines, will be developed, communicated to Region Boards, and monitored on an on-going basis. Comprehensive utilization management strategies will also be developed in conjunction with hospitals and physicians to ensure that appropriate services are provided as efficiently as possible.

Extra-Mural Hospital

The conversion of some hospitals and bed closures will be offset by the expansion of the Extra-Mural Hospital. The expansion of this program and the transformation of hospital roles is in keeping with the government's emphasis on accessible, appropriate care and the development of alternatives to in-patient service delivery.

The Extra-Mural Hospital, the hospital "without walls", provides services to patients in their homes through fourteen Service Delivery Units and branch offices throughout the province.

Ambulance Services

The role changes for some hospitals will be complemented by enhancements to ambulance service delivery and quality. Improvements in ambulance services will ensure that more New Brunswickers will have rapid access to hospital care. Indeed, since ambulance services are often the first point of client contact with the health care system, quality care provided by the province's ambulance services is essential.

A more efficient, effective, quality provincial ambulance system will be phased in through the proclamation of a new Ambulance Services Act and Regulations. Additionally, the introduction of standards for vehicles, equipment, personnel and clinical practice, and the introduction of inspection and licensing requirements will ensure that quality ambulance services are available throughout the province.

A review of the Ambulance Training Program is underway to ensure that the programs reflect current pre-hospital care standards and are delivered efficiently and effectively in the field.

In keeping with the regional approach, Regional Ambulance Services Coordinating Committees will be established to advise on the service and to coordinate the delivery of ambulance services. The activities of each region's hospital board and coordinating committee will be appropriately linked.

Discussions/negotiations are underway amongthe maritime province of in an attempt to implement a Maritime Air Ambulance system which would address the emergency transportation needs of patients requiring air evacuation to specialized medical facilities.

Insured Health Programs

A number of initiatives will be undertaken to modify the insured health programs.

The Prescription Drug Program: This program will be modified to ensure that it will become the payer of last resort. Under current third party insurance schemes, drug costs are not covered when similar benefits are available under a government program. As a payer of last resort, government will provide benefits for specific groups only after all other avenues have been exhausted. Coverage will continue to those who need it most.

A "practice formulary" will be established which will define appropriate treatment for common conditions when prescriptions are required. It will be monitored and modified on a regular basis and will account for generic substitution while avoiding inclusion of new drugs unless there is overwhelming evidence of their superiority over standard preparations.

A management support team, consisting of key groups in the system, will be established to implement the practice formulary. Upon implementation of the formulary, the team will continue its efforts to improve prescription drug therapy.

Medicare: As described under the section dealing with health human resource management in this document, various measures will be implemented to manage the supply and demand of medical (physician) services.

A Physician Resources Plan has defined the number, mix and distribution of physician resources. This initiative, along with management strategies will aid in managing the growth of physician resources in the province.

The costs of health care will be publicized to educate both health care professionals and the public with respect to the real costs associated with services in order to discourage inappropriate use of the system.

Public Health Services

In keeping with the concept of the continuum of care, the government recognizes the importance of supporting disease prevention and health promotion/protection initiatives to enhance resident well-being, and sees a clear connection between community-based approaches and healthy lifestyles.

Therefore, the government is committed to moving toward a more suitable mix of institutional and community-based services to support its thrust toward health promotion/protection and disease prevention. In keeping with this approach, the Department of Health and Community Services will commit a pre-established portion of its annual budget to the area of health promotion. This amount will be adjusted as required.

The Department of Health and Community Services will define mandatory prevention, promotion and protection programs which will be implemented and available in all seven health regions of the province.

Family And Community Services

The government recognizes the importance of social services to the health and wellbeing of individuals and families.

Over the past twenty years, the community social service system has evolved from a system focused on child welfare to one which was much broader in scope - a social welfare system. This meant a major shift in service delivery which focused not only on children, but also on adult and family services. In addition, a country-wide shift in thinking has driven the development of a wide range of community services.

In recognition of the general country-wide trend toward delivering, wherever possible, services in the community and of the need for a more cost efficient delivery system, a number of initiatives have been undertaken in the past. These have included:

- an examination of eligibility criteria to focus service delivery to high risk individuals;
- the introduction of a co-pay policy for selected community social service programs;
- the introduction of the Single Entry Point pilot for seniors. This project has maintained those seniors who were eligible for Nursing Home placements in their own homes in their communities;
- the development and implementation of proforma contracts to ensure consistency in the purchasing of services from communities;
- the implementation of a policy to ensure that budget surpluses created in community agencies as a result of government financial inputs are recovered;
- the implementation of an automated client information system to permit the monitoring of cases and budgets;
- the implementation of a process which prevents duplication of services among other government departments and agencies.

In order to maintain the momentum of change in these areas, the Department of Health and Community Services will embark upon an initiative to fully assess the relevance of its current family and community service programs. Changes to family and community services will reflect a shift from providing programs to specific target groups to functional programs based on priority social needs that reinforce the individuals' abilities to function in thecommunity as long as they are able. The following initiatives will be undertaken:

- The Single Entry Point project will be phased in over time to provide coverage to all regions of the province. The first expansionary phase will cover mainly those areas affected by the hospital role changes and bed adjustments indicated in this plan. The expansion of this project will provide support to many seniors across the province.

- Levels of service will be reviewed to ensure that service is appropriate; this review will result in service consolidation or discontinuation.

- The need/desirability of participation fees in non-mandatory programs will be examined. Eligibility criteria for program participation will be revised to ensure coverage by those most in need.

- A determination of appropriate delivery vehicles (i.e., public or private sector) will be carried out. There will be a critique of the current service delivery mechanisms to ensure that essential services are delivered by the most appropriate professionals and/or paraprofessionals from the most appropriate delivery location.

- The examination of appropriate delivery mechanisms will provide for a review of services in order to determine those which can be considered "basic" services and those which will require client participation.

- A budget allocation model will be developed which will allocate available financial resources to regions based on need.

Rational Approach to Health and Community Service Human Resources

Careful human resource planning in the health and community services fields will determine the number, mix and distribution of appropriate caregiving professionals. This planning process will involve a careful re-examination of roles of certain caregivers in the system and appropriate methods to match education requirements with our identified needs.

Physicians

Physician resource management is an issue being addressed by every jurisdiction in Canada and on a national level. Physicians determine who gets health care, what kind and how much. Efforts are underway to better manage the growth of physician resources and to match education and training with the province's identified needs.

In 1990, the Minister of Health and Community Services reactivated the Physician Resources Advisory Committee. In November of 1991, the committee submitted its report which makes recommendations on the numbers, mix and distribution of physicians in the province. Based on this input, the government has approved a Physician Resource Plan which will complement the Hospital System Master Plan in defining the location and type of specialists needed in the province and total physician numbers. Directed growth in physician resources will help to contain expenditures under Medicare, the Prescription Drug Program and Hospital Services.

Some of the key methods which will be used in the management of physician resources include:

- The establishment of a total physician FTE (full-time equivalent) to population ratio for the year 2001 as 1:595 and annually establish physician FTE to population ratio targets starting in 1992/93.

- A planning process based on a 50:50 GP to specialist mix excluding tertiary specialists.

- A planning process which focuses on an established ratio of specialist FTEs to population as put forward by the Physician Resources Advisory Committee, with the provision that the committee further review the number of psychiatrists in consultation with the Mental Health Commission.

- Educational funding (funding for undergraduate and post-graduate programs and training) will be based on the province's identified needs for specific physicians.

- The Physician Resource Plan is a flexible planning document. In keeping with the principle of flexibility and consultation, the Physician Resources Advisory Committee will be asked to monitor, review and advise the Minister of Health and Community Services regarding physician resources and future planning strategies. The expanded role of the committee to encompass a review of established physician resource targets will provide a formal mechanism for adjustments to be made to targets.

- Recruitment and retention strategies will be formulated to encourage physicians to practice in traditionally underserviced areas. In particular, the present disincentive measures will be continued in the three urban centres and incentive measures will be continued outside these same centres.

During the next year, the Department of Health and Community Services will develop a comprehensive incentive/disincentive package, with an understanding that during this year the region hospital boards will be responsible to ensure regional physician resource targets are respected.

- The implementation of the Physician Resource Plan will be greatly enhanced by the establishment of hospital boards on a regional level which will have credentialling authority. The regions' boards will be responsible for implementing appropriate physician supply targets based on geographic and specialty distribution as identified by the Physician Resources Advisory Committee, and taking into account the linguistic need of the region.

Other Health Professionals

Rehabilitation

The rehabilitation professions - physiotherapy, occupational therapy, speech language pathology, and audiology - are key players in the health care field.

A rehabilitation resource plan has been developed which:

- identifies the province's current and future needs for these professionals, and;
- defines the rehabilitation delivery system in which rehabilitation professionals will work in the future.

Nursing

The role of nursing is changing. With the introduction of alternate forms of service delivery, such as community health centres; the increasing requirement for hospital-based nurses with highly technical and specialized skills; as well as the move toward a baccalaureate by the year 2000, a nursing resource plan will be developed. This plan will explore the appropriate utilization of nursing personnel, including number and mix.

Moreover, various initiatives to improve the quality of working life for nurses will be phased in over the next four years. These will cover such areas as orientation, decentralization, clinical leadership, performance appraisal and a recognition of clinical excellence.

CONCLUSION

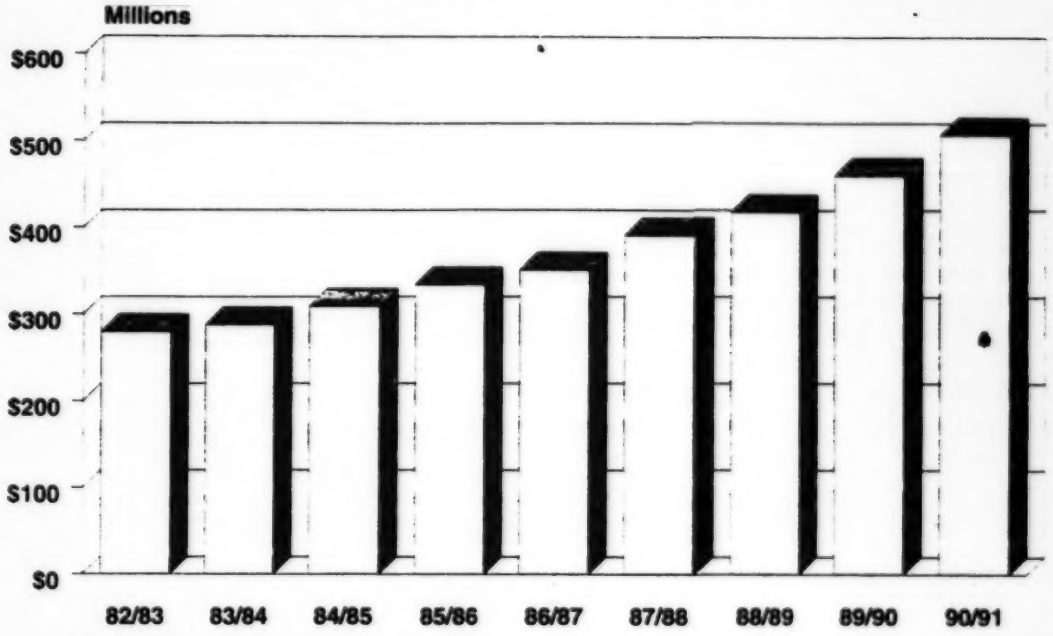
This plan is essential if the health care system is to be modernized in a manner which meets the needs of New Brunswickers in the most appropriate way. Changes to the system must make the best use of all the resources available to it.

Although the current financial situation has created an urgency for the introduction of needed changes. the fact remains that a more efficient and effective way of service delivery has always been a major goal.

We owe it to ourselves and we owe it to our children to make the hard choices necessary in order to ensure the health and well-being of New Brunswickers now and in the future.

N.B. Health Expenditures

Hospital Services*

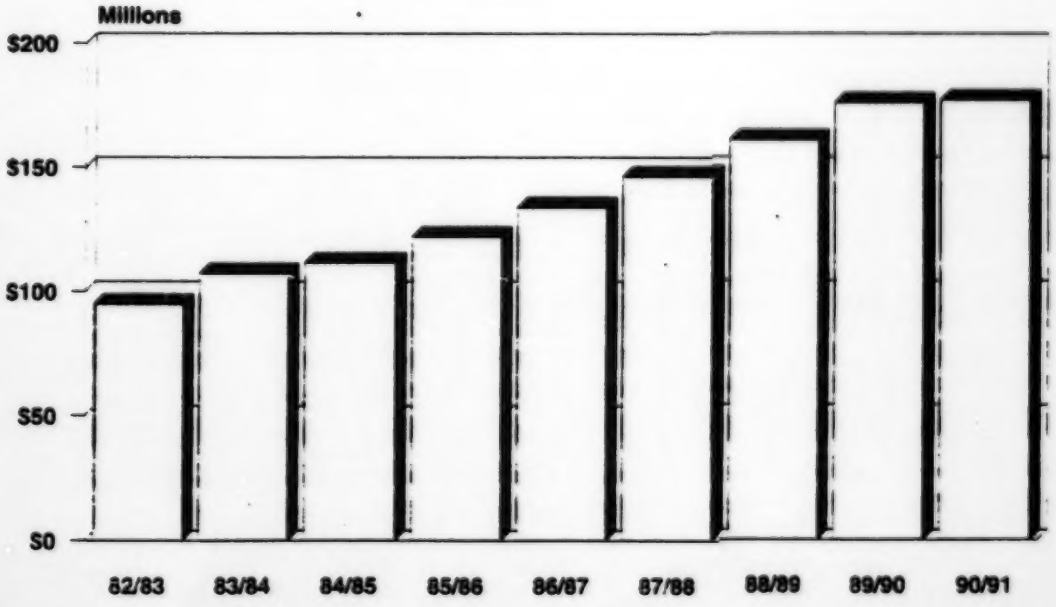


Source: Health and Community Services
*excluding psychiatric hospitals

Chart 1

N.B. Health Expenditures

Medicare

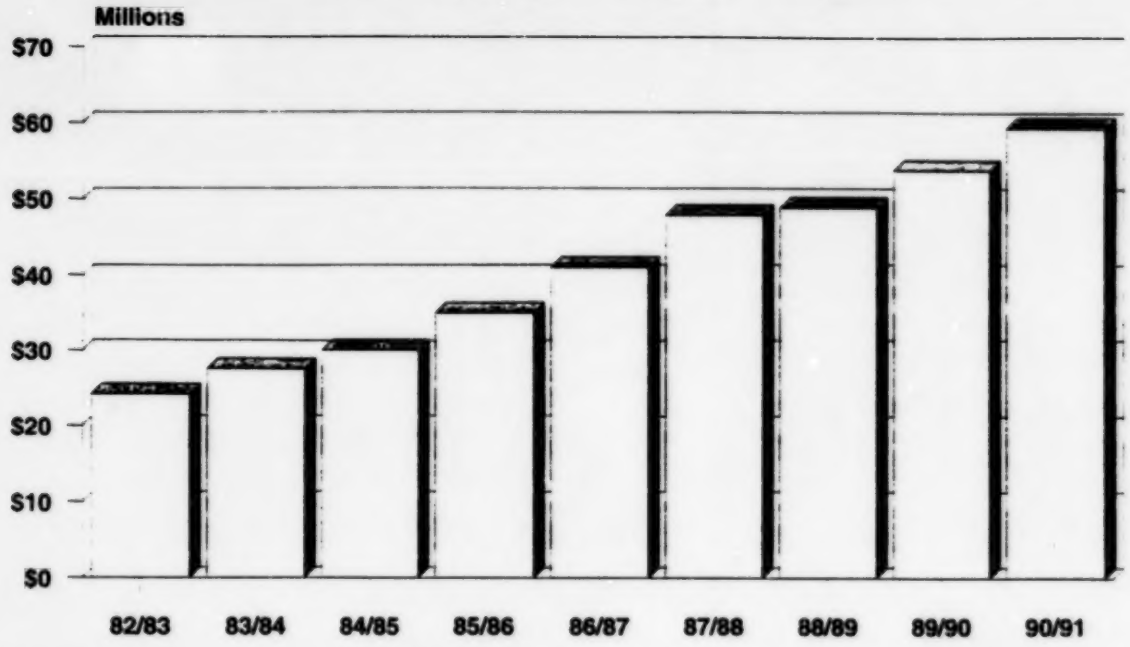


Source: Health and Community Services

Chart 2

N.B. Health Expenditures

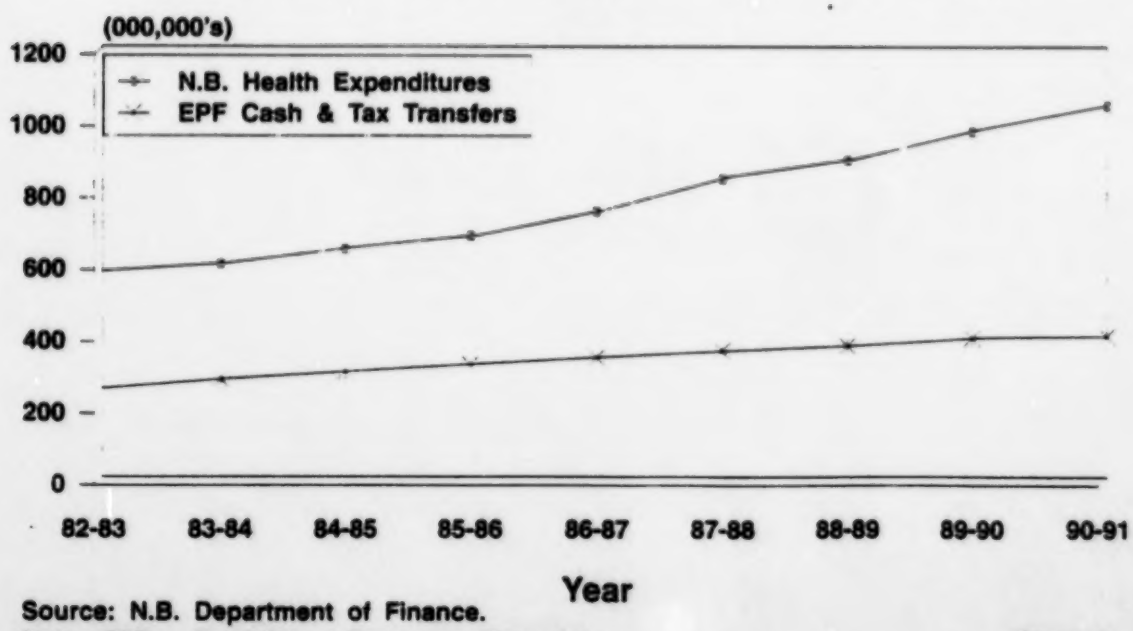
Prescription Drug Program



Source: Health and Community Services

Chart 3

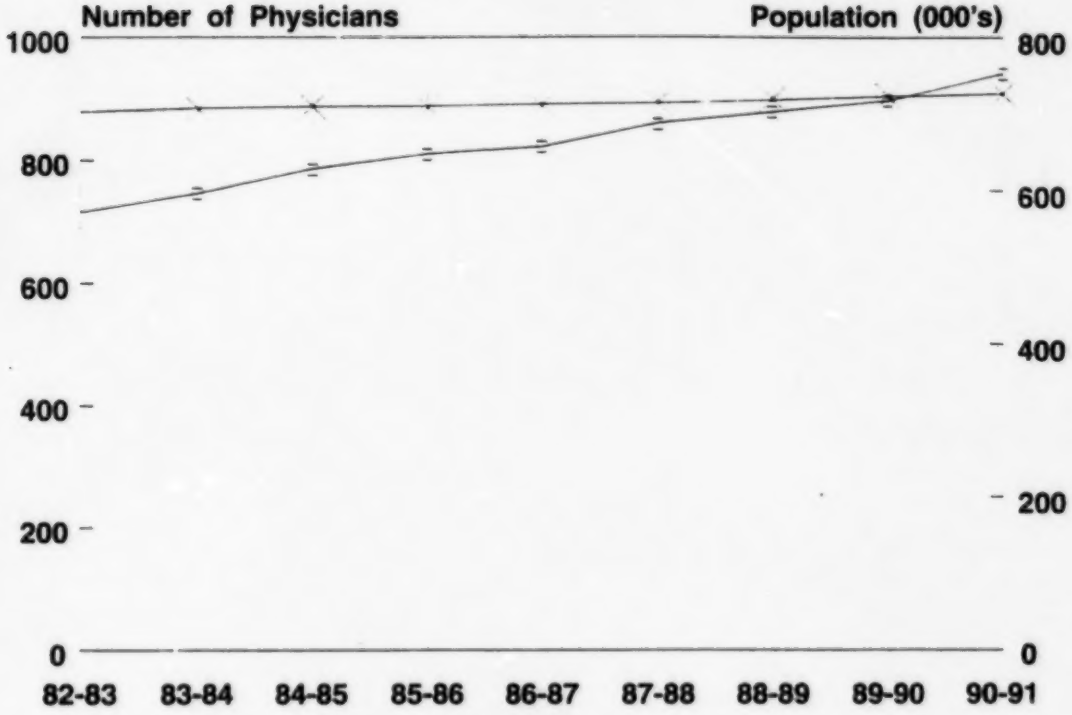
Federal Transfers and Provincial Spending for Health Care in N.B.



Source: N.B. Department of Finance.
Note: EPF = Established Programs Financing

Chart 4

Population & Physician Growth in New Brunswick



Source: Statistics Canada
Health & Community Services

Chart 5

Note: Physicians = Full-time Fee-for-service
Minimum $30,000 Medicare Payments

Plan des services de santé et des services communautaires pour le Nouveau-Brunswick

Nouveau Brunswick

Santé et Services communautaires

PLAN DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES COMMUNAUTAIRES POUR LE NOUVEAU-BRUNSWICK

Gérer les services de santé et les services communautaires pour le bien-être des Néo-Brunswickois

INTRODUCTION

Pour les gens du Nouveau-Brunswick, rien n'est plus fondamental que les soins de santé.
Discours du trône - février 1992

Le Canada est au carrefour du changement. Des forces économiques, sociales et démographiques importantes obligent toutes les provinces à réévaluer les modes de gestion et de prestation des services - y compris, les services de santé et les services communautaires.

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick a accepté les exigences du changement et veille au bien-être de tous, dans les limites de ses moyens.

FACTEURS DE CHANGEMENT

Un certain nombre de conditions ou de «facteurs de changement» influent ou continueront d'influer sur nos modes de gestion et de prestation des services communautaires et des services de santé au Nouveau-Brunswick. Les réalités sociales, technologiques et financières apportent des modifications à nos modes de prestation et de paiement des services.

Réalités sociales

- Les gens du Nouveau-Brunswick veulent jouer un rôle plus actif dans le processus de prise de décision touchant les questions qui les préoccupent.

- Le public exige une plus grande responsabilisation et une plus grande ouverture de la part du gouvernement.

- Le public demande de plus en plus de services communautaires et de services de santé de qualité.

- Les Néo-Brunswickois sont davantage conscients de la nécessité d'adopter des modes de vie sains. D'ailleurs, on s'occupe plus activement de son propre bien-être et du bien-être de sa communauté.

- L'augmentation marquée du nombre de femmes sur le marché du travail et l'affaiblissement des structures familiales peuvent occasionner des tensions et des pressions plus fortes, entraînant ainsi une participation moindre des femmes au secteur du bénévolat et une demande accrue de services.

- La proportion des Néo-Brunswickois de 65 ans et plus continuera d'augmenter. En l'an 2021, on estime que plus de 20 pour 100 des Néo-Brunswickois auront 65 ans et plus. En outre le vieillissement de la population se répercutera sur la demande de services.

Croissance technologique

- La technologie a révolutionné nos habitudes de vie et de travail. Nous vivons actuellement une croissance technologique impressionnante en matière de soins de santé, et ce taux de croissance augmente. De plus notre aptitude à détecter, à diagnostiquer et à traiter les maladies progresse constamment.

- Cependant, bon nombre de personnes supposent que la plupart de nos problèmes peuvent être résolus avec l'aide de la technologie et grâce à l'intervention des professionnels compétents. La «mystique de la technologie» peut nous amener à croire qu'une augmentation de la technologie correspond nécessairement à de meilleurs soins de santé. Or il n'y a pas de rapport entre les dépenses de soins de santé et la santé des gens en soi.

Réalités financières

- Le coût des soins de santé excède notre capacité de payer. Certains choix doivent donc être exercés.

- De fait, les services communautaires et les services de santé coûtent de plus en plus cher aux Néo-Brunswickois, tandis que le taux de croissance des recettes provinciales est à la baisse.

  - **Coûts hospitaliers :** Depuis 1982-1983 les coûts de prestation des soins hospitaliers ont augmenté de façon considérable, soit une augmentation de 81,3 pour 100, et sont passés de 279,6 millions de dollars en 1982-1983 à 506,9 millions de dollars en 1990-1991 (les hôpitaux psychiatriques non compris). (Diagramme 1)

  - **Coûts de l'assurance-maladie :** La facture de l'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick, dont la majeure partie correspond aux frais des médecins, est passée à 177,2 millions de dollars en 1990-1991, ce qui est très loin de la facture d'assurance-maladie de 94,9 millions de 1982-1983. Cela représente une augmentation de 86,7 pour 100. (Diagramme 2)

  - **Les coûts du Plan de médicaments sur ordonnance :** Depuis 1982-1983 les coûts du Plan de médicaments sur ordonnance ont augmenté de façon substantielle pour passer de 24,2 millions de dollars en 1982-1983 à 59,4 millions de dollars en 1990-1991. Cela représente une augmentation de 146 pour 100. (Diagramme3)

L'année dernière (1990-1991), si l'on considère que le total des dépenses s'élevait à 1 083,6 millions de dollars, le gouvernement a consacré plus du quart du budget total aux services communautaires et aux services de santé, soit 29 pour 100 du budget.

- Le financement provenant du fédéral est à la baisse et continuera de diminuer comme proportion de nos recettes. (Diagramme 4)

- La capacité qu'a le gouvernement d'augmenter les taxes pour payer les services communautaires et les services de santé, est limitée. Par ailleurs, les Néo-Brunswickois ont demandé que l'on freine l'augmentation des taxes.

D'autres questions ou facteurs vont devenir de plus en plus pertinents pour l'avenir, à savoir :

- une plus grande prise de conscience des rapports qui existent entre les conditions environnementales, la santé et le bien-être;

- plus d'autonomie et de pouvoirs revendiqués par les professionnels et les auxiliaires des services de santé et des services communautaires. Une meilleure planification des ressources en matière de soins de santé et de services communautaires est nécessaire pour assurer un service de qualité, tout en minimisant une surprofessionnalisation injustifiée et coûteuse du système.

Ce qui a été fait

En décembre 1988, le gouvernement a créé la Commission sur certains programmes de soins de santé. La commission, connue comme la Commission McKelvey-Lévesque, a examiné le financement des hôpitaux, de l'assurance-maladie et du Plan de médicaments sur ordonnance de la province. Le rapport proposait également de meilleures façons d'utiliser nos ressources et recommandait des mesures pour améliorer l'efficience et l'efficacité par rapport au coût, sans compromettre la qualité de la prestation de ces programmes.

Bien que notre système de soins de santé soit l'un des meilleurs au pays, la Commission faisait état de certaines de ses principales faiblesses. Entre autres, il était devenu évident que le système exigeait d'importantes sommes d'argent - sans pour autant offrir les garanties d'une meilleure santé. La Commission faisait remarquer que :

- l'absence de limite dans le Programme d'assurance-maladie et le Plan de médicaments sur ordonnance signifiait que le gouvernement avait très peu de contrôle sur l'ensemble des dépenses;

- le nombre des médecins facturant l'assurance-maladie augmente à un rythme plus rapide que la population et les nouveaux médecins peuvent, à leur guise, participer au régime et offrir leurs services;

- l'augmentation par personne de l'utilisation de l'assurance-maladie dans tous les groupes d'âge;

- les Néo-Brunswickois font un usage relativement intensif de l'hospitalisation - une utilisation beaucoup plus substantielle que la moyenne nationale;

- le Nouveau-Brunswick dépasse la moyenne nationale en ce qui concerne le nombre de lits d'hôpital pour 1 000 habitants.

Le rapport de la commission, ainsi que la période qui suivit, a démontré que si les inefficacités du système n'étaient pas corrigées, l'Assurance-maladie s'exposait à des coupures, étant donné que nous serons incapables d'absorber les hausses de coût. En conséquence nous devons gérer le système de façon plus efficace.

Le rapport McKelvey-Lévesque faisait les recommandations suivantes :

- améliorer l'organisation et l'administration du système de soins de santé;
- améliorer et développer les services de soins de santé hors-établissement;
- éliminer la surutilisation des installations hospitalières, des services dispensés par les médecins et du Plan de médicaments sur ordonnance;
- réduire le coût des médicaments;
- améliorer l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux;
- réduire les coûts associés à l'Assurance-maladie (services dispensés par les médecins);
- améliorer la collaboration et les rapports avec les autres gouvernements;
- mettre l'accent sur la promotion de la santé et l'éducation sanitaire.

Le gouvernement a pris des mesures positives pour réaliser un certain nombre de recommandations et a tout mis en oeuvre pour améliorer la planification, l'administration et le rapport coût-efficacité de divers programmes portant sur :

- les Services hospitaliers et en établissement;
- le Plan de médicaments sur ordonnance;
- l'Assurance-maladie et la gestion du personnel médical;
- les services à la famille et les services sociaux communautaires;

En effet, beaucoup a été accompli au cours des dernière décennies pour augmenter le niveau de santé et de bien-être des Néo-Brunswickois. Cependant il reste encore beaucoup à faire. Le moment est venu d'améliorer le système de soins de santé et de soins communautaires de façon que nos ressources soient bien utilisées et que le système soit viable et stable pour nos enfants.

Des études ont démontré que dans les pays développés, une augmentation des dépenses de soins de santé n'entraîne pas d'amélioration importante de l'état de santé. Si l'on tient vraiment à améliorer la santé, il faut gérer nos services de santé et nos services communautaires de façon plus efficace.

Nous devons réorienter nos dépenses de soins de santé. Nous devons réaffecter les fonds dont nous disposons si nous voulons que la santé et le bien-être de tous les Néo-Brunswickois augmentent.

Si nous voulons que notre système de santé prospère et se revalorise, il doit mieux répondre aux besoins changeants de tous les citoyens du Nouveau-Brunswick, de façon plus économique et efficace.

Le Nouveau-Brunswick n'est pas seul à chercher des méthodes innovatrices pour assurer le bien-être de ses résidents. D'autres provinces - l'Ontario, le Québec, Terre-Neuve, la Nouvelle-Écosse, l'Alberta et la Colombie-Britannique, entre autres - se sont penchées sur des questions et des problèmes semblables et ont institué des commissions pour étudier les soins de santé, ainsi que leur coût. Elles aussi s'efforcent de rendre leur système plus efficient et efficace.

Nous ne sommes pas seuls face au problème du changement. Nous ne sommes pas seuls non plus face à nos solutions. Bon nombre des initiatives décrites dans ce document sont soit mises en oeuvre ou à l'étude ailleurs au pays.

CARREFOUR DU CHANGEMENT - NOUVELLES ORIENTATIONS

Le système actuel que nous connaissons avec tous ses services a pris quelques décennies à se développer. En conséquence, les solutions mises de l'avant pour résoudre les problèmes d'hier, font maintenant partie intégrante de notre système et ne suffisent plus devant les enjeux et l'environnement d'aujourd'hui. De nouveaux outils - de nouvelles orientations - doivent être mis au point.

Afin de garder notre système viable dans un environnement changeant, le gouvernement a préparé un plan global visant à réorienter et à revitaliser notre système de soins de santé et de soins communautaires.

De toute évidence, nous ne sommes pas en mesure d'instaurer et de construire un tout nouveau système de services de santé et de services communautaires. Par contre, nous sommes capables de rediriger nos efforts et de concevoir une formule plus équilibrée et innovatrice en matière de services de santé et de services communautaires au Nouveau-Brunswick.

Pour réussir le changement il faut pouvoir articuler un plan et une «vision» de nos services de santé et de nos services communautaires.

La vision de la santé du Nouveau-Brunswick

À partir d'une recommandation de la Commission McKelvey-Lévesque, le gouvernement a développé un cadre d'action, décrit dans le document «Vers une stratégie globale en matière de santé». Dans ce document, le gouvernement a défini sa vision, ses principes et ses objectifs dans le cadre d'une stratégie globale en matière de santé.

La santé, telle que la conçoit le gouvernement du Nouveau-Brunswick, signifie : vivre plus longtemps en bonne santé, avoir moins de maladies et de handicaps et pouvoir réaliser pleinement son potentiel dans un environnement sans risque, non violent, et avoir un revenu suffisant, un logement, de la nourriture et de l'instruction. Le rôle de l'individu dans la famille, au travail et dans la collectivité sera valorisé et il aura accès aux services de santé et aux services communautaires.

Dans cette vision de la santé, les citoyens, les fournisseurs de service et le gouvernement collaborent et se partagent les responsabilités pour améliorer la santé de chacun.

En accord avec cette vision, le ministère de la Santé et des Services communautaires articule sa mission comme suit :

> *Collaborer au bien-être des Néo-Brunswickois et des Néo-Brunswickoises en encourageant l'autonomie et la responsabilité envers soi-même et en fournissant au besoin les services approuvés.*

RÉORIENTATION : UN PLAN GLOBAL DE CHANGEMENT

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick entend trouver les moyens de mieux gérer le système des services de santé et des services communautaires au Nouveau-Brunswick, tout en assurant l'accès à des soins de qualité.

Un plan fonctionnel global a été mis au point en s'inspirant de la vision des services de santé et des services communautaires décrits ci-dessus et en tenant compte de l'impact de certaines forces externes.

Le plan global comprend un bon nombre de changements organisationnels et fonctionnels - il décrit les programmes que le gouvernement dispensera, financera et contrôlera par l'entremise du ministère de la Santé et des Services communautaires, ainsi que d'autres organismes gouvernementaux.

Étapes de mise en oeuvre

Le plan global sera mis en oeuvre en deux étapes :

Première étape : La première étape porte sur la réorganisation du système des services de santé et des services communautaires de façon à assurer un meilleur équilibre en matière de prestation des services.

Deuxième étape : Au cours de la deuxième étape on poursuivra l'analyse et l'évaluation du système. Entre autres activités, cette étape comprendra : la poursuite des efforts visant à améliorer l'efficacité du réseau hospitalier; l'élaboration d'une stratégie de soins prolongés - y compris une interprétation de la façon dont les foyers de soins s'insèrent dans cette stratégie, ainsi qu'un examen du rôle de certains professionnels de la santé.

Principes

Un certain nombre de principes-clés ont guidé l'élaboration du plan.

- L'autonomie et la responsabilité envers son propre bien-être
- L'adaptation aux besoins
- La qualité
- L'efficacité
- La fonctionnalité et l'efficacité
- La coordination du système
- La simplification du système
- La sélectivité
- La régionalisation

Ces principes mettent en relief les enjeux auxquels nous faisons face et la philosophie sur laquelle ces changements se fondent. Ils garantissent que des services de grande qualité seront dispensés équitablement aux Néo-Brunswickois grâce à une meilleure gestion et à une meilleure planification. Ces principes témoignent du fait que les services de santé et les services communautaires constituent une responsabilité partagée. De fait, la collaboration et l'autonomie deviennent les principes primordiaux sur lesquels le plan repose.

Une approche équilibrée

Les définitions que la société donne à la santé et aux soins de santé ont grandement changé. De plus en plus, le soin de sa propre santé est perçu comme un processus de toute une vie, au lieu d'être un événement précipité par une maladie soudaine ou un accident. En conséquence d'un tel changement, la santé est davantage considérée comme un continuum allant du bien-être à la maladie.

Continuum des soins

Bien-être_____Maladie

Protection/ promotion de la santé	Prévention des maladies	Soins communautaires	Soins pour maladies aiguës	Soins pour maladies chroniques

Le plan global tient compte de ce continuum. Par ailleurs, il est évident que nous devons consacrer plus d'énergie à la promotion de la santé et à la prévention des maladies.

En adoptant le modèle du «continuum des soins» et en considérant que tout changement apporté à une partie du continuum aura une incidence sur une autre partie, les décisions se rapportant au plan global ont été prises en fonction des répercussions qu'elles auraient sur les autres éléments du continuum. Par exemple, l'impact d'une décision portant sur les soins pour maladies aiguës a été évalué en termes d'impact sur les systèmes de soins pour maladies chroniques et de soins communautaires, tout en tenant compte de la planification provinciale et de la gestion régionale.

À la lumière de ce continuum, des décisions importantes ont été prises et des changements globaux ont été effectués dans les domaines suivants :

- planification régionale uniforme
- le secteur des services hospitaliers
- le plan de médicaments sur ordonnance
- l'assurance-maladie
- les services de santé publique
- les services à la famille et les services communautaires
- les ressources humaines de la santé et des services communautaires

SECTEUR DES SERVICES HOSPITALIERS

Conseils d'hôpital

Actuellement on compte. 51 conseils d'hôpital/comités de gestion dans les hôpitaux et les centres de soins de santé de la province. Afin de renforcer la gestion régionale, d'améliorer les capacités administratives et maximiser les ressources disponibles, les conseils et les comités de gestion des hôpitaux et des centres de soins de santé seront remplacés par huit conseils régionaux, chacun étant régi par un conseil d'administration.

Nouveau conseil :	*Remplace les conseils suivants :*
Corporation d'hôpital de la région 1 (Anglais) (Sud-est)	Moncton Hospital Sackville Memorial Hospital Albert County Hospital Inc. Petitcodiac Health Centre Health Services Centre, Rexton
Corporation d'hôpital de la région 1 (Français). (Beausejour)	Hôpital Docteur Georges-L. Dumont Hôpital Stella Maris de Kent Centre régional médical de Shediac
Corporation d'hôpital de la région 2 (Fundy)	Hôpital régional de Saint-Jean Saint Joseph's Hospital Sussex Health Centre Charlotte County Hospital, St. Stephen Dear Island Health Centre Fundy Hospital Association Ltd., Black's Harbour Grand Manan Hospital Limited Campobello Health Centre *Centracare Saint John Inc.

* Sera ajoute dans un an

Nouveau conseil :	*Remplace les conseils suivants :*
Corporation d'hôpital de la région 3 (Centre)	Hôpital Dr. Everett Chalmers Oromocto Public Hospital Queens North Hospital Harvey Community Hospital Forest Hill Rehabilitation Centre, Fredericton MacLean Memorial Hospital Ltd. Centre de soins de santé, Fredericton Junction Centre de soins de santé, Stanley Chipman Health Services Centre The Carleton Memorial Hospital, Woodstock Hôtel-Dieu de Saint-Joseph, Perth Northern Carleton Hospital Tobique Valley Hospital Inc., Plaster Rock Upper Miramichi Health Centre (Composante de Doaktown)
Corporation d'hôpital de la région 4 (Nord-ouest)	Hôpital régional d'Edmundston Hôpital régional de Grand-Sault Inc. Hôtel-Dieu de Saint-Joseph, Saint-Quentin Centre de santé de Ste-Anne-de-Madawaska
Corporation d'hôpital de la région 5 (Restigouche)	Hôpital régional de Campbellton Hôpital Saint-Joseph, Dalhousie Jacquet River Health Centre Centre communautaire de santé de Restigouche-est *Centre hospitalier Restigouche Inc., Campbellton
Corporation d'hôpital de la région 6 (Chaleur)	Hôpital régional Chaleur, Bathurst Hôpital de l'Enfant-Jésus, Caraquet Hôpital de Tracadie Hôpital de Lamèque Centre de santé de Pointe-Verte Centre de santé-Paquetville
Corporation d'hôpital de la région 7 (Miramichi)	Miramichi Hospital, Newcastle Hôtel-Dieu Hospital, Chatham Centre de santé de Neguac Centre de santé de Baie-Ste-Anne Upper Miramichi Health Centre (Composante de Blackville) Centre de santé de Rogersville

* Sera ajouté dans un an.

Rôles du conseil d'administration

Les huit conseils d'administration régionaux devront :

- organiser les ressources;
- instituer les structures organisationnelles afin d'assurer les programmes approuvés;
- planifier, budgéter, gérer et rendre compte des dépenses hospitalières, ainsi que d'autres questions financières;
- surveiller le processus d'examen des titres des médecins et approuver les privilèges d'exercice des médecins en milieu hospitalier à l'intérieur de leurs régions respectives, sur la recommandation des comités du conseil des médecins des conseils d'hôpital;
- assurer que toutes les ressources de l'établissement sont utilisées de façon efficace et efficiente;
- veiller à ce que les services hospitaliers approuvés soient dispensés suivant les normes fédérale et provinciale de qualité et d'efficacité;
- planifier et distribuer les services, tel qu'il est établi dans le Plan directeur du réseau hospitalier.
- régler toutes les questions opérationnelles quotidiennes en regard des besoins des patients en matière de soins, ainsi que les questions touchant la procédure, le moment et le lieu de prestation des services en vue de répondre à ces besoins;
- établir les directives et les procédures hospitalières nécessaires pour faciliter la prestation des services approuvés;
- veiller, au nom du gouvernement, à ce que tous les bâtiments, l'équipement et les terrains confiés soient utilisés pour les fins pour lesquelles ceux-ci sont destinés, et à ce qu'ils soient bien entretenus;
- entretenir des rapports continus avec d'autres fournisseurs de services et de soins, le gouvernement et le public client.

Composition des conseils régionaux

Chaque corporation d'hôpital régionale aura un conseil d'administration par intérim composé de 12 à 16 membres, dont les premiers seront nommés par le Ministre. La composition des conseils sera distribuée selon la population, et selon une représentation des centres urbains et ruraux de la région. Les membres du conseil seront nommés pour un maximum de deux ans, période après laquelle la structure permanente du conseil sera introduite étape par étape.

Les conseils régionaux permanents compteront également un minimum de 12 membres et un maximum de 16 membres. Trois ou quatre membres du conseil seront nommés par le Ministre; deux ou trois membres

seront nommés par le conseil: et le reste des membres seront choisis ou nommés conformément aux règlements administratifs approuvés par le Ministre. Dans chaque région, le directeur général de la corporation d'hôpital régionale et le président du conseil des médecins seront des membres sans droit de vote. Le premier président sera choisi par le Ministre.

Hôpitaux/Centre de santé communautaire

Une révision de la gamme et du niveau de services offerts dans chacun des hôpitaux du Nouveau-Brunswick, ainsi que les tendances d'utilisation, a apporté des modifications du rôle et du fonctionnement d'un certain nombre d'hôpitaux. Ces changements redéfiniront la nature des services dispensés et le lieu de prestation, tout en maintenant un niveau adéquat de service aux clients.

- Un certain nombre d'hôpitaux seront convertis en centres de soins de santé/hôpitaux de jour assurant un service de 12 heures par jour.

Bien que les nouveaux rôles de ces hôpitaux se traduiront par des suppressions de lits, une vaste gamme de services externes seront maintenus dans les établissements touchés.

En outre, afin que les résidents des communautés touchées aient accès à des soins de qualité, les hôpitaux modifiés offriront tous les services suivants ou la plupart d'entre eux :

- services d'urgence dispensés dans un département d'urgence;
- soins infirmiers;
- services de radiologie et de laboratoire de base;
- électrocardiogrammes;
- thérapie respiratoire;
- physiothérapie;
- ergothérapie;
- counseling en nutrition;
- consultations externes sur rendez-vous;
- services d'orientation à des hôpitaux de soins pour maladies aiguës;
- locaux pour les services de santé publique, l'hôpital extra-mural et les unités mobiles de santé mentale;

En outre, aux endroits où l'on trouve une capacité suffisante, on mettra des bureaux à la disposition des médecins.

- Centre de santé communautaire · En accord avec l'engagement du gouvernement d'assurer aux Néo-Brunswickois un accès équitable aux services de santé et aux services communautaires, et en accord avec la recommandation du Conseil du premier ministre en matière de santé, on a fait l'essai d'un projet pilote de centre de santé communautaire dans la province.

Des centres de santé communautaire ont été établis dans d'autres provinces du Canada, comme solutions de rechange aux méthodes conventionnelles de prestation des services.

Le centre de santé communautaire du Nouveau-Brunswick sera doté d'une équipe multidisciplinaire de professionnels et d'auxiliaires de la santé qui dispensent des services de soins primaires aux clients.

Bien que un ou plusieurs médecins feront partie du personnel, le centre de santé communautaire comptera principalement sur d'autres professionnels de la santé (par exemple, les infirmières, les professionnels de la réadaptation, etc.) pour dispenser toute une variété de services.

- Un certain nombre d'hôpitaux connaîtront des réductions de leur capacité en lits approuvée. Cette réduction permettra à la province de se rapprocher de son objectif de 5,0 lits d'hôpital par 1 000 habitants. Environ 230 lits seront supprimés en conséquence du plan. Ce nombre vient s'ajouter aux quelque 140 lits qui ont été enlevés au cours des dernières années ou dont la suppression est prévue par entente. La réduction globale du nombre de lits d'hôpital dans la province - environ 370 - est largement inférieure à l'objectif de plus de 800 suggéré par la Commission McKelvey-Lévesque.

Le taux d'occupation de lit actuel de la province est de 5,4 lits par 1 000 habitants. En 1990, le ministre de la Santé et des Services communautaires faisait état de son intention de porter l'objectif à 5,0. Ce plan donnera un indice lit/population de 5,1 par 1 000 habitants, réalisant pratiquement l'objectif établi.

- D'autres hôpitaux devront élaborer des plans et formuler des stratégies visant une meilleure gestion des installations et une gestion plus efficace et efficiente des services approuvés. On mettra tout particulièrement l'accent sur l'élimination du double emploi des services.

Gestion efficace et efficiente des hôpitaux

La consolidation des conseils d'hôpital et des conseils de centre de santé au Nouveau-Brunswick suivant une organisation régionale constitue une technique efficace de gestion et de prestation des services. De concert avec cette initiative, des directives opérationnelles plus précises, y compris des directives en matière de dotation et de technologie, seront élaborées, transmises aux conseils d'hôpital, et évaluées de façon continue. Des stratégies globales de gestion de l'utilisation seront également élaborées en collaboration avec les hôpitaux et les médecins pour faire en sorte que des services adéquats soient dispensés de la manière la plus efficace possible.

Hôpital extra-mural

La conversion de certains hôpitaux et les suppressions de lit seront contrebalancées par l'expansion de l'Hôpital extra-mural. L'expansion de ce programme et la transformation des rôles des hôpitaux se conforment à la politique du gouvernement sur des soins accessibles et convenables, ainsi qu'aux solutions de remplacement en matière de prestation de soins aux malades hospitalisés.

L'hôpital extra-mural, un hôpital «sans murs», a dispensé des services aux patients dans leurs propres maisons par le biais des quatorze unités de prestation de services et des sous-unités dans toute la province.

Services d'ambulance

Les changements de rôle pour certains hôpitaux seront appuyés par des améliorations visant la qualité et la prestation des services d'ambulance. Ces améliorations apportées aux services d'ambulance feront en sorte que plus de Néo-Brunswickois auront un accès rapide aux soins hospitaliers. En effet, étant donné que les services d'ambulance constituent souvent le premier point de contact dont le client dispose pour accéder au système de soins de santé, il est essentiel que les services d'ambulance de la province dispensent des soins de qualité.

Un meilleur système provincial d'ambulance, plus efficient et efficace, sera mis en place graduellement conformément à une nouvelle Loi des services d'ambulance et de nouveaux règlements d'application. En outre, l'introduction de normes pour les véhicules, l'équipement, le personnel et la pratique clinique, et l'introduction d'exigences relatives à l'inspection et à la délivrance de permis feront en sorte que des services d'ambulance de qualité soient dispensés dans toute la province.

Une évaluation du programme de formation des services d'ambulance est en cours pour s'assurer que les programmes correspondent aux normes de soins pré-hospitaliers actuels et sont assurés de façon efficace et efficiente sur le terrain.

En accord avec le principe de l'organisation régionale, des comités régionaux de coordination des services d'ambulance seront institués pour conseiller sur le service et coordonner la prestation des services d'ambulance. Les activités de chacun des conseils d'hôpital et des comités de coordination régionaux seront articulées de façon efficace.

Des discussions et des négociations sont en cours entre les provinces maritimes pour mettre en oeuvre un service d'ambulance aérien dans les maritimes qui répondrait aux besoins de transport d'urgence des patients ayant besoin de transport aérien pour avoir accès à des services médicaux spécialisés.

PROGRAMMES DE SANTÉ ASSURÉS

Un certain nombre de mesures seront prises pour modifier les programmes de santé assurés.

Le Plan de médicaments sur ordonnance : Ce programme sera modifié de façon que le programme devienne le responsable de dernier recours. En vertu des régimes actuels d'assurance responsabilité civile, les coûts des médicaments ne sont pas couverts lorsque des avantages semblables sont offerts en vertu d'un programme gouvernemental. Comme payeur de dernier recours, le gouvernement assurera des prestations à des groupes définis, uniquement lorsque toutes les autres avenues auront été exploitées. Les prestations continueront d'être versées à ceux qui en ont le plus besoin.

On mettra au point un «formulaire d'exercice» qui définira le traitement indiqué pour les affectations communes lorsque des ordonnances sont requises. Il sera évalué et modifié régulièrement et tiendra compte des substitutions de médicament générique, tout en évitant l'inclusion de nouveaux médicaments, à moins qu'on ait fait la preuve écrasante de leur supériorité sur les préparations habituelles.
Une équipe de soutien de gestion, consistant de groupes-clés du système, sera créée pour mettre en oeuvre le formulaire d'exercice. Une fois le formulaire mis en place, l'équipe poursuivra ses efforts pour améliorer l'utilisation des médicaments sur ordonnance à des fins thérapeutiques.

Assurance-maladie : Tel qu'il est décrit à la section portant sur la gestion des ressources humaines en santé dans ce document, diverses mesures seront mises en place pour réglementer l'offre et la demande de services médicaux dispensés par les médecins.

Un Plan de gestion des ressources médicales a défini le nombre, la combinaison et la répartition des ressources médicales. Cette initiative ainsi que les stratégies de gestion aideront à gérer la croissance du nombre des médecins dans la province.

Les coûts des soins de santé seront rendus publics pour informer les professionnels de la santé et le public sur les coûts réels des services, de façon à décourager une utilisation excessive du système.

Services de santé publique

En accord avec le concept du continuum des soins, le gouvernement reconnaît qu'il est important d'appuyer les initiatives de promotion de la santé et de prévention des maladies pour améliorer le bien-être des résidents, et perçoit un lien évident entre des approches communautaires et des modes de vie sains.

En conséquence, le gouvernement tient à s'orienter vers une combinaison de services en établissement et de services communautaires plus convenables, comme soutien à son objectif de prévention des maladies et de protection/promotion de la santé.
En accord avec cette approche, le ministère de la Santé et des Services communautaires affectera une portion pré-établie de son budget annuel à la promotion de la santé. Cette somme sera redressée au besoin.

Le ministère de la Santé et des Services communautaires définira les programmes obligatoires de prévention, de promotion et de protection qui seront mis en place et assurés dans les sept régions de santé de la province.

Services à la famille et services sociaux communautaires

Le gouvernement reconnaît l'importance des services sociaux pour la santé et le bien-être des personnes et des familles.

Au cours des vingt dernières années, le système des services sociaux communautaires est passé d'un système axé sur le bien-être de l'enfant à un système ayant une portée beaucoup plus large - un système de bien-être social. Cela correspondait à une transformation majeure de la prestation des services et mettait l'accent non seulement sur les enfants, mais aussi sur les services à l'intention des adultes et des familles. En outre, une nouvelle façon de penser à l'échelle du pays a inspiré le développement de toute une gamme de services communautaires.

En reconnaissance de la tendance générale à l'échelle du pays d'assurer, quand cela est possible, des services dans la communauté et le besoin d'un système de prestation plus efficient, un certain nombre de mesures ont été prises dans le passé. À savoir :

- une évaluation des critères d'admissibilité visant à orienter la prestation des services au profit des personnes à risque élevé;

- l'introduction d'une politique de co-paiement visant des programmes choisis de services sociaux communautaires;

- l'introduction du projet pilote du point d'entrée unique à l'intention des personnes âgées. Ce projet a permis aux personnes âgées ayant droit d'être placées dans des foyers de soins de demeurer dans leurs propres maisons et dans leurs communautés;

- le développement et l'application de contrats pro forma pour assurer l'uniformité de l'achat de services par les communautés;

- la mise en oeuvre d'une politique visant à assurer que les surplus budgétaires créés dans les organismes communautaires comme résultat de l'apport financier du gouvernement sont recouvrés;

- la mise en oeuvre d'un système automatique d'information sur les clients pour faciliter la surveillance des dossiers et des budgets;

- la mise en oeuvre d'un processus pour prévenir le double emploi des services avec d'autres organismes et ministères gouvernementaux;

Afin de maintenir l'élan du changement dans ces domaines, le ministère de la Santé et des Services communautaires entreprendra une évaluation complète de la pertinence de ses programmes actuels de services à la famille et de services communautaires. Les modifications apportées aux services à la famille et aux services communautaires seront fonction des tendances nouvelles. c'est-à-dire que l'on passera de la prestation de programmes à l'intention de groupes cibles particuliers. à la prestation de programmes fonctionnels axés sur des besoins sociaux prioritaires permettant à une personne de pouvoir fonctionner dans la communauté aussi longtemps qu'elle en est capable. Les initiatives suivantes seront entreprises :

- Le projet du point d'entrée unique sera élargi graduellement à toutes les régions de la province. La première étape d'expansion couvrira principalement les régions touchées par les changements de rôle visant les hôpitaux et les ajustements au nombre de lit indiqués dans ce plan. L'élargissement de ce projet viendra donc en aide à bon nombre de citoyens aînés de la province.

- Les niveaux de service seront révisés pour s'assurer que le service est adéquat; suivant les conclusions, le service sera consolidé ou supprimé;

- Le besoin/l'utilité de droits de participation aux programmes non obligatoires sera examiné. Les critères d'admissibilité visant la participation au programme seront révisés de façon que ceux qui sont le plus dans le besoin soient protégés.

- Des véhicules de prestation adéquats seront déterminés (c'est-à-dire, les secteurs privé ou public). Les mécanismes actuels de prestation des services seront examinés pour s'assurer que les services essentiels sont dispensés par les professionnels ou les auxiliaires les plus compétents à partir du lieu de prestation le plus indiqué.

- L'examen des mécanismes de prestation appropriés permettra de déterminer les services qui peuvent être considérés services «de base» et ceux qui exigeront la participation du client.

- Un modèle de répartition budgétaire sera mis au point pour permette d'affecter les ressources financières aux régions suivant les besoins.

Rationalisation des ressources humaines des services de santé et des services communautaires

Une planification attentive des ressources humaines des services de santé et des services communautaires déterminera le nombre, la combinaison et la répartition des dispensateurs de soins professionnels. Ce processus de planification comportera une réévaluation minutieuse du rôle de certains dispensateurs de soins dans le système, ainsi qu'un examen des méthodes visant à faire l'équation entre les exigences en formation et nos besoins.

Médecins

La gestion des ressources médicales est une question qui préoccupe bon nombre de provinces canadiennes à l'échelle nationale. Les médecins déterminent quels sont les personnes qui reçoivent les soins de santé, le genre de soins, ainsi que la quantité. Des efforts sont déployés pour mieux gérer la croissance des ressources médicales et faire l'équation entre la formation et les besoins identifiés de la province.

En 1990, le ministre de la Santé et des Services communautaires a remis en place le Comité consultatif sur les ressources médicales. En novembre 1991, le comité a soumis son rapport faisant des recommandations sur le nombre, la combinaison et la répartition des médecins dans la province. À partir des informations reçues le gouvernement a approuvé le Plan de gestion des ressources médicales qui vient appuyer le Plan directeur du réseau hospitalier et définit le lieu de travail et le type de spécialistes dont nous avons besoin dans la province, ainsi que le nombre total des médecins. Une croissance dirigée des ressources médicales aidera à mettre un frein aux dépenses au titre de l'Assurance-maladie, du Plan de médicaments sur ordonnance et des Services hospitaliers.

Au chapitre des principales méthodes utilisées pour gérer les ressources médicales on signale :

- L'établissement d'un total de médecin ETP (équivalent à temps plein) par rapport à la population pour l'année 2001 correspondant à 1 : 595, ainsi que l'établissement annuel d'objectifs de médecin ETP/population, à compter de 1992/1993.

- Un processus de planification reposant sur une combinaison 50 : 50 d'omnipraticiens et de spécialistes, excluant les spécialistes tertiaires.

- Un processus de planification qui met l'accent sur des rapports établis de spécialistes ETP/population, tel que proposé par le Comité consultatif sur les ressources médicales. et prévoyant que le comité examinera de façon plus poussée le nombre de psychiatres, en consultation avec la Commission de la santé mentale.

- Le financement de l'éducation (financement pour les programmes de formation médicale pré-doctorale et postdoctorale) reposera sur les besoins identifiés de la province en médecins.

- Le Plan de gestion des ressources médicales est un document de planification flexible. En conformité avec ces principes de flexibilité et de consultation, le Comité consultatif sur les ressources médicales devra assurer des mécanismes de surveillance et d'évaluation. ainsi que conseiller le ministre de la Santé et des Services communautaires concernant les ressources médicales et les stratégies de planification futures.

- Des stratégies de recrutement et de retention seront formulées pour encourager les médecins à pratiquer dans les régions qui ont été insuffisamment desservies dans le passé. En particulier, les mesures de dissuasion actuelles seront poursuivies dans les trois centres urbains et les mesures d'incitation seront poursuivies à l'extérieur de ces mêmes centres.

Au cours de la prochaine année, le ministère de la Santé et des Services communautaires mettra au point un plan global d'incitation/de dissuasion, et au cours de cette même année les conseils d'hôpital régionaux devront veiller à ce que les objectifs régionaux en matière de ressources médicales soient respectés.

- La mise en oeuvre du Plan de gestion des ressources médicales sera largement facilitée par la création dans les régions, de conseils d'hôpital qui auront le pouvoir d'accorder les privilèges de pratique dans les institutions de la région. Les conseils régionaux auront la responsabilité de réaliser les objectifs appropriés eu égard aux effectifs médicaux suivant une répartition géographique et par spécialité, tel que défini par le Comité consultatif sur les ressources médicales, tout en tenant compte des besoins linguistiques de la région.

Autres professionnels de la santé

Réadaptation
Les professions de la réadaptation - physiothérapie, ergothérapie, orthophonie et audiologie - sont des éléments-clés en matière de soins de santé.

Un plan de ressources en réadaptation a été élaboré et :

- définit les besoins actuels et futurs de la province en regard de ces professionnels, et;

- définit le système de prestation de la réadaptation dans lequel les professionnels de la réadaptation travailleront à l'avenir.

Soins infirmiers

Le rôle des soins infirmiers se transforme. Compte tenu de l'introduction de nouveaux modes de prestation des services, comme les centres de santé communautaire, de la demande croissante d'infirmières ayant des habiletés hautement techniques et hautement spécialisées pour travailler dans les hôpitaux, ainsi que la tendance vers l'adoption d'un programme de baccalauréat avant l'an 2000, un plan de ressources infirmières sera élaboré. Ce plan explorera l'utilisation adéquate du personnel infirmier, y compris le nombre et la combinaison.

En outre, diverses mesures visant à améliorer la qualité de vie au travail des infirmières seront introduites graduellement au cours des quatre prochaines années. Ces initiatives couvriront des domaines tels l'orientation, la décentralisation, le leadership clinique, l'évaluation du rendement et la reconnaissance de l'excellence clinique.

Conclusion

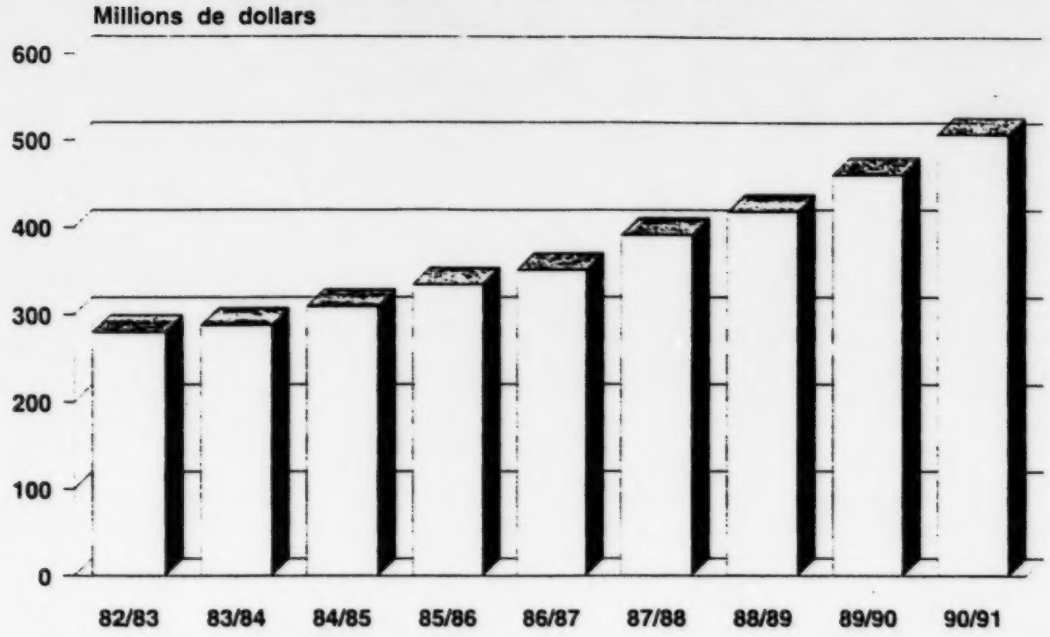
Ce plan est essentiel si nous voulons que le système de soins de santé soit modernisé de façon à satisfaire aux besoins des Néo-Brunswickois le plus convenablement possible. Les changements apportés au système doivent faire la meilleure utilisation de toutes les ressources dont celui-ci dispose.

Bien que la situation financière actuelle ait créé une urgence touchant l'introduction des changements désirés - ait même accéléré l'évolution du changement - le fait demeure qu'un mode de prestation des services plus efficace et efficient a toujours constitué un objectif important que nous tendions à réaliser.

Nous devons, pour nous-mêmes et pour nos enfants, exercer des choix difficiles, mais nécessaires afin d'assurer la santé et le bien-être des Néo-Brunswickois, maintenant et à l'avenir.

Dépenses de santé du N.-B.

Services hospitaliers*

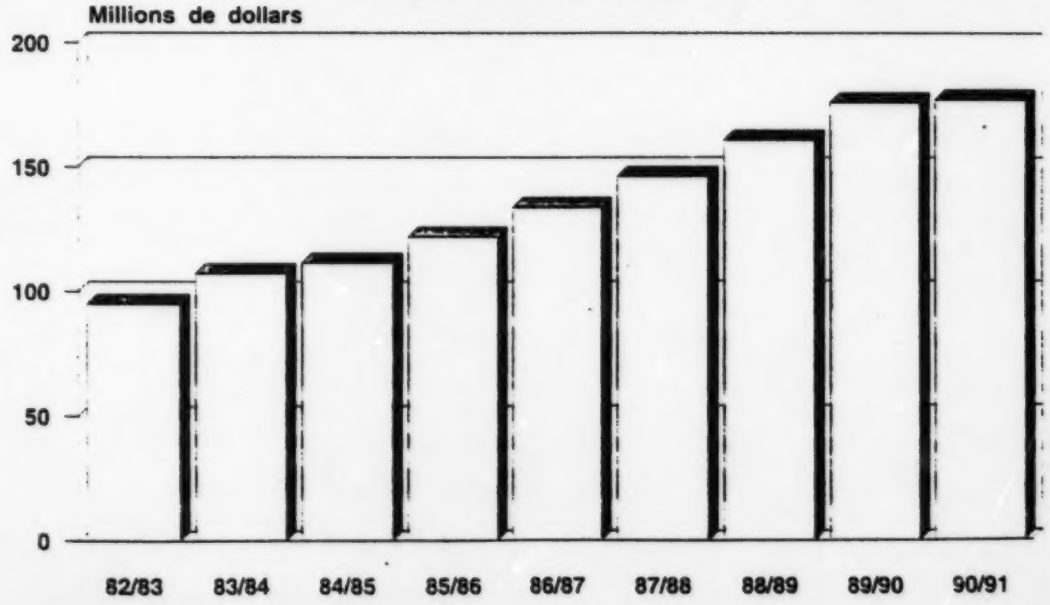


Source : Santé et Services communautaires
*les hôpitaux psychiatriques non compris

Diagramme 1

Services de santé du N.-B.

Assurance-maladie

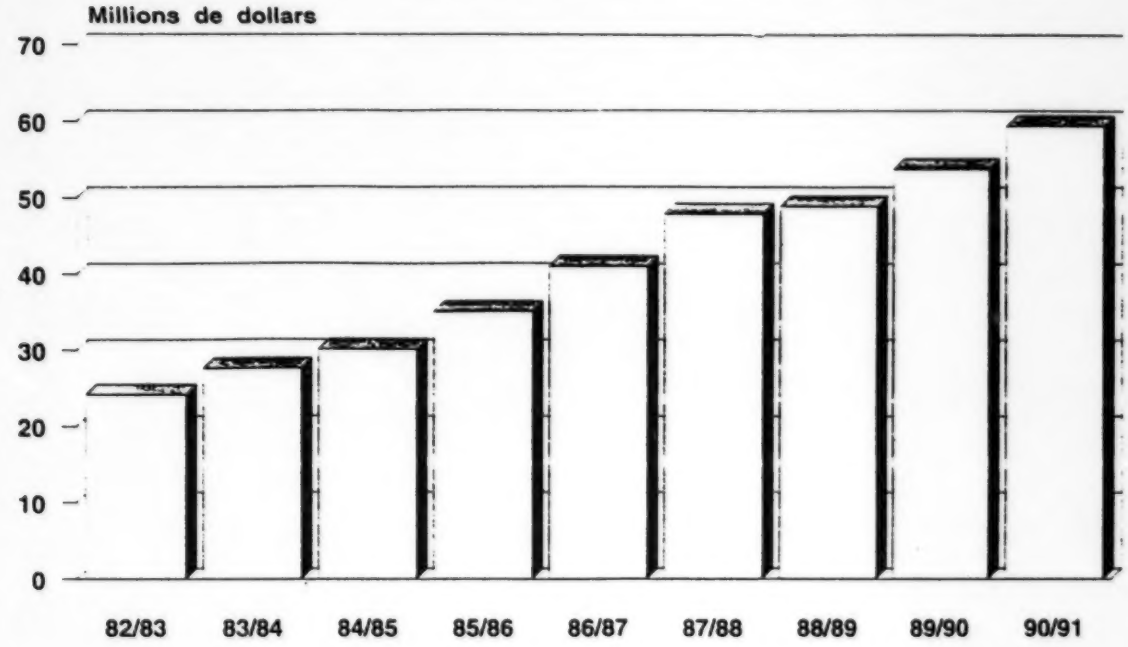


Source : Santé et Services communautaires

Diagramme 2

Dépenses de santé du N.-B.

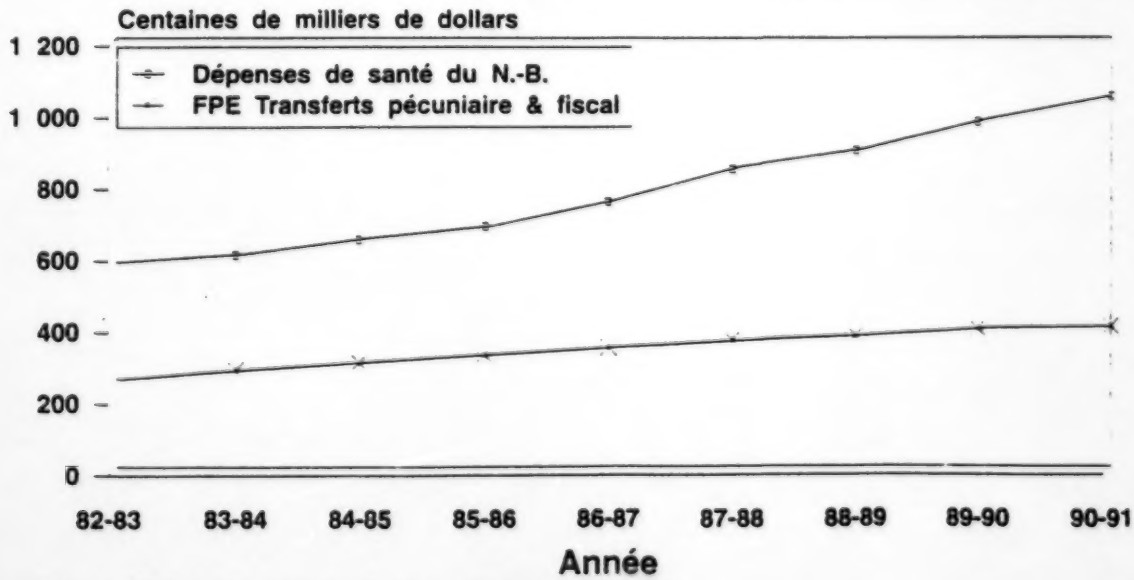
Plan de médicaments sur ordonnance



Source : Santé et Services communautaires

Diagramme 3

Transferts fédéraux et dépenses provinciales pour les soins de santé au Nouveau-Brunswick

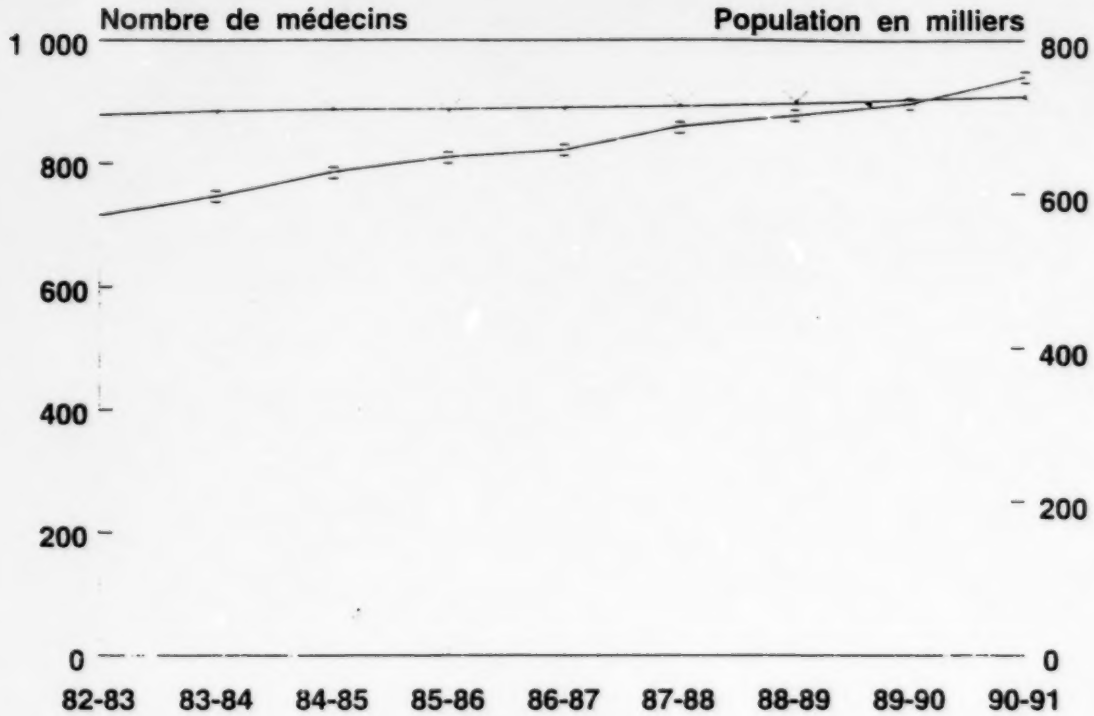


Note : FPE = Financement des programmes établis

Source : Ministère des Finances du Nouveau-Brunswick

Diagramme 4

Population et croissance du nombre de médecins au Nouveau-Brunswick



Source : Statistique Canada
Santé et Services communautaires

Diagramme 5

Note : Médecins = À plein temps, rémunérés à l'acte
Paiements d'assurance-maladie minimum de 30 000 $